UNIVERSITE DE PARIS V
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE 1972 N°

87

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

MICHEL DELARUE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 24 AOUT 1942 A PRAYSSAS (LOT ET GARONNE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1972

DECLENCHEMENT DU TRAVAIL DANS LES RETENTIONS FOETALES

president : M. LEPAGE, professeur

UNIVERSITE DE PARIS V
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE 1972 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

MICHEL DELARUE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 24 AOUT 1942 A PRAYSSAS (LOT ET GARONNE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1972

DECLENCHEMENT DU TRAVAIL DANS LES RETENTIONS FOETALES

president : M. LEPAGE, professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DECLENCHEMENT DU TRAVAIL

DANS LES

RETENTIONS FOETALES

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur de Clinique Obstétricale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous fait le grand honneur de
présider cette thèse.

Il nous a accueilli avec beaucoup
de bienveillance,

qu'il nous soit permis de lui exprimer
ici toute notre reconnaissance et notre
respect.

A mes grands parents,

A mes parents,

A Pierre et Barbara,

A toute ma famille et à mes amis,

A mes camarades de "sous-colle" :

Denis HUSSENOT DESENONGES,

Thierry LEPAGE,

Marie José GRANGE,

Didier GRANGE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549210_0025

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur J. PATEL In Memoriam

Monsieur le Docteur J.J. BERNIER

Monsieur le Professeur P. MILLIEZ

Monsieur le Docteur H.P. KLOTZ

Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE

Monsieur le Docteur D. ALAGILLE

Monsieur le Docteur J.VIALATTE

Monsieur le Docteur SENECHAL

Monsieur le Docteur M. TORRE

A Monsieur le Docteur LABETA,

A Monsieur le Docteur J.R. ZORN,

A Monsieur le Docteur G. ELBAZ

A la Direction des Laboratoires Byla Searle,

qu'ils trouvent ici l'expression

de notre infinie reconnaissance.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL CLINIQUE

III - MATERIEL

IV - CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES MORTS IN UTERO

- A - Pourcentage par rapport aux accouchements
- B - Morts in utero et parité
- C - Etiologie des morts in utero

V - ACCOUCHEMENTS SPONTANES DANS LES MORTS IN UTERO

- A - Terme et durée de rétention
- B - Mode d'accouchement et complications

VI - DECLENCHEMENT DU TRAVAIL DANS LES MORTS IN UTERO

- A - Moyens de déclenchement
- B - Résultats
- C - Essais d'interprétation des résultats
- D - Echecs
- E - Incidents et accidents
- F - Essais du Pindolol (Visken)
- G - Protocole de déclenchement

VII - CONCLUSIONS

I - INTRODUCTION

Si l'on ne peut discuter l'indication du déclenchement pour provoquer l'accouchement et sauver la vie d'un enfant menacé, quelle attitude doit-on prendre devant une rétention d'oeuf mort ? Faut-il tenter un déclenchement et par quels moyens ? Ou bien est-il plus sage d'attendre l'accouchement spontané?

Le recrutement propre à la Maternité PINARD a permis d'étudier un grand nombre de morts in utero. Le travail qui suit fait le point sur l'intérêt du déclenchement.

II - RAPPEL CLINIQUE

Si le diagnostic de la mort in utero est souvent difficile à affirmer au début, il devient progressivement de plus en plus évident.
L'attention est attirée essentiellement par l'arrêt des mouvements actifs, signe de grande valeur, mais subjectif et demandant à être soigneusement interprété.

Parfois aussi des signes toxiques préexistants s'atténuent, tels des oedèmes. Quant à la montée laiteuse, elle est de valeur chez les primipares, mais elle est tardive et contemporaine de la cessation de l'activité placentaire.

L'examen clinique peut apporter une grande probabilité quand on constate la disparition des bruits du coeur chez une femme dont la grossesse à "haut risque" était attentivement surveillée. Dans les autres cas cette auscultation cardiaque négative est interprétée avec beaucoup de prudence. Par ailleurs, l'utérus peut être trop petit pour l'âge présumé de la grossesse et des examens espacés montreraient même qu'il ne grossit pas ou qu'il diminue.

Quant à la crépitation perçue à la palpation du crâne foetal, elle est tardive et d'intérêt limité.

Les examens complémentaires sont très précieux dans les cas douteux qui sont la majorité.

- Le dosage des prolans qui peut être répété dans le doute, indique une mort foetale très probable au dessous de 1000 unités lapine et pratiquement certaine au dessous de 500.

- Les dosages hormonaux sont très évocateurs quand ils montrent un prégnandiol abaissé au dessous de 10 milligrammes. Le taux des oestrogènes a moins d'importance, mais un taux d'oestriol très bas à 1000 gammas ne laisse guère de place au doute.
La cytologie vaginale serait très précieuse si ses modifications, éventuellement disparition du caractère naviculaire des cellules, n'étaient tardives, conditionnées essentiellement par l'arrêt de la sécrétion placentaire.

- La radiographie du contenu utérin montre, au delà du 12e jour, le chevauchement des os du crâne qui constitue le signe de SPALDING. En même temps le rachis foetal montre une hyperflexion témoignant de sa laxité.

L'existence d'un halo cernant le crâne foetal ou de gaz dans les cavités cardiaques est bien difficile à affirmer. L'injection d'un produit radio-opaque dans la cavité amniotique montre que le foetus ne déglutit pas.

A ce faisceau d'arguments est venue s'ajouter l'amnioscopie qui, si l'état du col le permet, montre un liquide amniotique rougeâtre ou brunâtre très évocateur.

Par contre, ni la phono ni l'électrocardiographie foetale ne peuvent affirmer une mort foetale car elles n'ont de valeur que positives.
Elles peuvent seulement infirmer le diagnostic en retrouvant une activité cardiaque non perçue à l'auscultation.

Par contre l'étude de l'écho à la détection par les ultra-sons peut apporter des renseignements fidèles.

Avant la structuration foetale (11e semaine), la mort ovulaire se traduit par l'absence d'écho pulsatif embryonnaire. La confrontation clinique, échoscopique et biologique montre souvent que les signes ultra-soniques précèdent les signes cliniques qui précèdent eux-mêmes les signes biologiques.

Pendant les deux derniers trimestres de la grossesse, les modifications de l'échogramme foetal entraînent la certitude :

- l'infiltration cutanée, sous cutanée apparaît dans les heures qui suivent l'exitus,

- l'aplatissement transversal de la tête est d'apparition légèrement plus tardive (6 heures après la mort),

- le décollement du cuir chevelu est net dès la 24e heure,

- la dislocation foetale et la résorption du liquide amniotique sont de révélation plus tardive et d'intérêt moindre.

Rappelons pour mémoire l'absence des battements cardiaques foetaux (appareil utilisant l'effet DOPPLER).

Au terme de ces investigations et dans l'attente qu'elles imposent, le diagnostic est devenu de plus en plus évident. Il n'est de toute façon nullement urgent de l'établir avec certitude.

Pronostic immédiat :

Il est habituellement favorable. Le foetus est expulsé assez souvent au bout de 48 heures (c'est au delà de ce délai que l'on parle de rétention d'oeuf mort et ce sont ces cas qui nous intéressent ici),rarement après 15 jours. Pendant cette expulsion la poche des eaux flasque sollicite mal le col et la présentation s'engage avant la dilatation complète.

L'aspect du foetus varie selon son degré de macération et permet de dater plus ou moins précisément la rétention, en s'appuyant sur la chronologie suivante :

- du 2e au 3e jour : l'épiderme commence à se décoller formant de larges phlyctènes qui apparaissent aux malléoles.

- du 3e au 8e jour : ces phlyctènes s'étendent et se rompent, laissant apparaître le derme rouge brun, les viscères se ramollissent.

- du 8e au 12e jour : l'épiderme de la face se décolle, la tête se déforme, les os du crâne se chevauchent, l'oeil se ramollit, le thorax s'affaisse.

- au delà du 15e jour, le foetus est de plus en plus dippluent.

Quant au placenta, il s'infiltre et s'oedématise. Le liquide amniotique, d'abord jaunâtre, devient rouge puis brun, très épais.

Telles sont les modifications macroscopiques, les altérations microscopiques sont très précoces et rendent très vite impossible tout examen histologique.

Les complications :

Elles sont représentées essentiellement par :

- l'infection dont le danger apparaît dès l'ouverture de l'oeuf et croît rapidement si l'expulsion ou l'extraction n'est pas assurée dans un délai assez court;

- la fibrinolyse qui peut se manifester cliniquement de deux manières :
  . rarement dès la période de rétention, par l'apparition d'ecchymoses ou de pétéchies plus ou moins spontanées,
  . habituellement par des hémorragies au cours de l'expulsion et plus encore après la délivrance.

Dans les cas où la maladie demeure cliniquement latente jusqu'à la délivrance, on doit la mettre en évidence dès la grossesse par :

- le dosage répété du fibrinogène,
- l'étude du thrombo-élastogramme,
- le test de Von Kaulla,
- une numération des plaquettes.

Conduite à tenir

Quand l'accouchement se déclenche rapidement, il n'y a d'autre problème que la conduite du travail.

Les problèmes se posent lorsque la rétention se prolonge.

Classiquement c'était l'abstention et l'expectative (Monsieur LACOMME, Monsieur JEANNIN), arguant du fait :

- que le diagnostic était parfois difficile,
- que l'expulsion suivait dans un délai raisonnable la mort du foetus,
- que les interventions évacuatrices n'étaient pas sans danger, risquant d'ouvrir l'oeuf sans déclencher le travail.

Les interventionnistes répondent :

- qu'en s'entourant de précautions, on court peu le risque de croire mort un foetus vivant,
- que l'on possède actuellement des moyens de déclencher le travail sans agir sur le col,
- que les rétentions prolongées rendent parfois toute vie sociale impossible à la mère,
- et qu'enfin, il existe des indications médicales au déclenchement du travail.

III - MATERIEL

Nous avons donc repris les observations de mort-nés macérés, c'est à dire de rétention d'oeufs morts d'au moins 48 heures de 1964 à 1970.

Nous avons ainsi revu 127 dossiers et il faut d'emblée distinguer deux périodes :

- 1964, 1965, 1966 : pendant laquelle il n'y eut que très peu de déclenchements.

- 1968, 1969, 1970 : où ils sont plus nombreux depuis les tentatives avec le radiosélectan.

Nous avons éliminé de cette étude l'année 1967, pendant laquelle le service a déménagé et où il est difficile d'avoir des chiffres valables. Enfin nous avons ajouté à 1970 trois cas de déclenchements faits en Janvier 1971.

Avant de parler plus précisément des déclenchements, nous soulignerons quelques traits généraux des morts in utero.

IV - CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES MORTS IN UTERO

A - Pourcentage par rapport au nombre d'accouchements

De 1964 à 1966, nous avons eu 6780 accouchements, avec 85 mort-nés et 90 rétentions d'oeuf mort, ce qui donne un pourcentage de 1,25 pour cent de mort-nés et de 0,74 pour cent de rétentions.

De 1968 à 1970, on compte 7654 accouchements, 94 mort-nés, 77 rétentions d'oeuf mort avec des pourcentages de 1,23 de mort-nés et 1 pour cent de rétentions.

Les fluctuations du nombre anormal d'accouchements sont parallèles aux fluctuations du service entre la Maternité Pinard et la Maternité Baudelocque.

Le pourcentage de mort-nés a peu évolué, il est comparable à celui de un pour cent cité par Monsieur LACOMME.

Quant aux variations entre les mort-nés macérés et les mort-nés qui traduisent les morts au cours du travail, nous n'avons pas d'explication cohérente et cela déborde le cadre de notre sujet. (Rappelons que nous n'étudierons que les cas des enfants mort-nés macérés après 48 heures de rétention).

ANNEE	Nbre total d'Accts	Nbre total de mort-nés	Nbre de rétentions	% de mort-nés	% de rétentions
1964	2395	22	16		
1965	2266	32	19	1,25	0,74
1966	2119	31	15		
1968	2823	34	33		
1969	2621	34	27	1,23	1
1970	2210	26	17		

B - Parité et morts in utero

Ajoutons que nous avons retrouvé deux fois plus de morts in utero chez les multipares que chez les primipares et une multipare sur quatre avait déjà des mort-nés dans ses antécédents.

Primipares	Multipares	Multipares avec antécédents de mort-nés
46	81	22

C - Etiologie des morts in utéro

Il est intéressant de voir l'étiologie des morts foetales in utero :

- la toxémie représente la moitié des causes maternelles,

- les causes indéterminées sont représentées par 33 cas, alors qu'on trouve des chiffres variant de 18 à 30 pour cent dans la littérature médicale.

- Enfin on trouve 34 cas de morts in utero en relation avec l'iso-immunisation alors que Monsieur LACOMME donne le chiffre de 4 pour cent. En fait, nous avons eu 5 cas avant 1967, 29 après 1967, en rapport avec le recrutement particulier du service.

Parmi les causes maternelles, outre la toxémie, nous avons dénombré :

- 1 néphropathie
- 8 diabètes
- 5 syphilis
- 2 toxoplasmose
- 1 rickettsiose

On trouve :

- 8 cas de causes foetales (malformations et hydramnios)

- 8 cas de causes ovulaires (anomalies du cordon, insuffisances placentaires).

- 4 causes diverses, comme des fibromes ou une rupture utérine.

Nous avons consigné ces résultats dans un tableau.

CAUSES DE MORT FOETALE IN UTERO			
MATERNELLES	. Toxémie, HTA, HRP	18	
	. Néphropathie	1	
	. Diabète	8	
	. Cardiopathie	3	
	. Syphilis	5	
	. Toxoplasmose	2	
	. Rickettsioses	1	
FOETALES	. Malformations		
	. Hydramnios	8	
FOETO-MATERNELLES	. Iso-immunisation Rh	34	5 avant 67 29 après 67
OVULAIRES	. Anomalies du cordon		
	. Insuffisances placentaires	8	
DIVERSES	. Fibrome		
	. Rupture utérine	4	
INCONNUES		33	

V - MORT IN UTERO - ACCOUCHEMENTS SPONTANES

A - Terme de la mort in utero, durée de rétention, accouchement par rapport au terme prévu

1 - Terme de la mort in utero

Nous avons 16 cas de mort in utero avant le 6e mois de la grossesse

59 cas entre 6 et 8 mois

30 cas entre 8 mois et le terme

Enfin, 3 cas de terme dépassé.

2 - Durée de la rétention

L'étude de la rétention est intéressante et montre :

- que la rétention a été inférieure à 15 jours dans 83 cas sur 108 au total, ce qui donne un pourcentage de 76 pour cent (le pourcentage étant de 80 pour cent dans la littérature).

- que dans 14 cas, la rétention a été comprise entre 15 et 30 jours.

- enfin dans 11 cas, la rétention a été supérieure à 1 mois.

3 - Accouchement par rapport au terme prévu

Quant à l'accouchement par rapport au terme prévu, il a été :

- dans 90 cas, avant le terme,

- dans 12 cas, à terme

- dans 6 cas, après le terme.

Terme de la mort in utero		DUREE DE RETENTION			EXPULSION		
		0 à 15 j	15 à 30 j	> 30 j	avt terme	à terme	après terme
Avant 6 mois	16	5	3	8	16		
de 6 à 8 mois	59	46	10	3	58		1
de 8 mois à terme	30	29	1		16	12	2
terme dépassé	3	3					3
TOTAUX		83	14	11	90	12	6

B - Mode d'accouchement et complications

Etudions le mode d'accouchement de ces morts in utero. Celui-ci est d'autant plus banal que la rétention est moins prolongée.

On retrouve fréquemment les classiques anomalies de la dilatation dues à la mauvaise sollicitation du col par la présentation.

Nous avons eu au total :

- 100 accouchements céphaliques
- 15 accouchements par le siège
- 4 césariennes
- 1 hystérectomie
- 4 grandes extractions de siège.

- 6 révisions utérines ont été faites ainsi que 12 délivrances artificielles.

Parmi les complications, on peut noter :

- 1 hémorragie de la délivrance.

Dans 4 cas, le taux de fibrine est descendu au dessous de 2 grammes et nous avons noté 2 fois une afibrinogénémie modérée.

ACCOUCHEMENTS ET COMPLICATIONS	
. Accouchement céphalique	100
. Accouchement par le siège	15
. Grande extraction de siège	4
. Forceps	2
. Césariennes	4
. Hystérectomie	1
. Révisions utérines	6
. Délivrances artificielles	12
. Hémorragie de la délivrance	1
. Fibrine < 2 g	4
Traitement préventif seul.	
. Afibrinogénémies modérées	2

On sait que les hémorragies par troubles de la coagulation sont classiquement redoutables et suscitent actuellement de nombreux travaux.

D'abord attribuées à une activité fibrinolytique primitive, elles semblent être en rapport avec le passage dans le sang circulant de substances jouant le rôle d'activateurs de la coagulation. Ces substances apparaissent quand la rétention dure depuis au moins 3 ou 4 semaines, théoriquement dans 25 à 30 pour cent des cas. (BECK, HILL).

La séquence des événements serait ensuite la suivante :

- Coagulation intravasculaire disséminée avec dépôts de fibrine dans les capillaires.

- Hypocoagulabilité par carence en fibrine, en facteurs V et VIII et en plaquettes.
  Cette hypocoagulabilité est aggravée encore par une augmentation de l'héparinémie endogène et surtout par une fibrinolyse réactionnelle dont le but est de débarrasser les capillaires des dépôts fibrineux qui les encombrent. Cette fibrinolyse aggrave l'hémorragie.

  Le traitement anticoagulant tente d'éviter la formation de dépôts fibrineux dans les capillaires.

Diagnostic du mécanisme de défibrinisation

- Le taux de plaquettes

- Le taux de plasminogène

- Le complexe soluble des monomères de fibrine

- Les produits de dégradation du fibrinogène ou de la thrombine

sont le principaux éléments du diagnostic différentiel.

Une méthode simplifiée du diagnostic consiste à mettre en évidence les complexes solubles des monomères de fibrine qui peuvent être facilement polymérisés par modification des propriétés physicochimiques du milieu.

VI - DECLENCHEMENT DU TRAVAIL DANS LES MORTS IN UTERO

Pourquoi 21 malades ont-elles été déclenchées ?

- Avant 1967, 3 déclenchements ont été indiqués pour :
  - . une hypertension artérielle,
  - . un effondrement de la fibrine,
  - . un antécédent de rétention très prolongée chez la troisième.

- Depuis 1968, seules les incidences psychologiques nous ont poussé à intervenir 18 fois sur 77 cas de mort in utero.

Il est difficile d'établir un pourcentage vu le nombre limité de déclenchements pratiqués, mais disons d'emblée que le déclenchement est de plus en plus souvent pratiqué pour une rétention de mort in utero.

A - Moyens de déclenchement utilisés

Disons d'abord qu'il convient d'éviter les manoeuvres par voies basses (laminaires, ballon, sonde) qui risquent de rompre les membranes et de frayer un chemin à l'infection sans qu'on soit sûr de provoquer le travail.

Il faut intervenir en utilisant :

- soit des méthodes médicamenteuses
  . imprégnation de la fibre utérine par une oestrogénothérapie suffisante (benzoate d'oestradiol en intramusculaire);
  . puis perfusions lentes et parfois répétées d'ocytocine ou de post-hypophyse auxquelles on associe de la péthidine en intramusculaire;
  . la méthylergométrine est utilisée en gouttes à raison d'une goutte toutes les demi-heures.

- soit l'hydramnios artificiel, préconisée par ABUREL puis par PORTES et GRANJON.
  Il consiste à injecter dans la cavité amniotique de 300 à 500 centimètres cubes de sérum, hypertonique pour ABUREL, physiologique pour PORTES.
  La brusque distension de l'utérus réveillerait la contractilité utérine et le travail se déclencherait dans les douze heures suivantes.
  Il faut parfois répéter l'injection.

Enfin depuis 1967 l'injection intra-amniotique de radiosélectan est utilisée.

Technique :

. le plus souvent sans localisation placentaire, le rique encouru par la ponction placentaire étant négligeable.

. Par contre dans les grossesses avancées, elle peut être indiquée :

- par voie transabdominale latérale ou haute et non sus-pubienne, en raison du risque de fissuration des membranes et du risque infectieux.
- Deux ampoules de 20 centimètres cubes sont utilisées.

. Deux points importants sont à retenir :

1/- s'assurer de la position intra-amniotique de l'aiguille en retirant quelques centimètres cubes de liquide brunâtre.

2/- l'asepsie de la ponction

Dès maintenant, nous mettons à part trois de nos déclenchements :

- 1 cas d'injection de sérum.

- 2 cas de tentatives après ruptures des membranes (pose de laminaires).

En effet répétons que si l'on veut éviter les risques infectieux il ne faut pas agir sur le col directement.

B - RESULTATS

Nous envisagerons :

1 - le type de déclenchement

2 - le nombre de tentatives

3 - le pourcentage global de succès.

1 - Le type de déclenchement

- 15 femmes ont été déclenchées par le radiosélectan seul (11 fois) ou associé à une autre technique (4 fois).
- 9 malades ont reçu une perfusion de post-hypophyse :
  - . dans un cas, la perfusion seule,
  - . dans 5 cas, en association avec une autre technique
  - . dans 3 cas, la perfusion a été posée après
    - rupture des membranes (2 cas)
    - pose de laminaires (1 cas)
- 1 cas a été déclenché par Benzoate d'Oestradiol associé à la Méthylergométrine.

2 - Le nombre de tentatives

- 19 tentatives ont été faites avec le radiosélectan intra-amniotique dont :

  . 12 (une femme à eu deux injections) avec cette technique seulement.

  . 7 fois le radiosélectan intraamniotique a été associé à une autre technique.

- 13 tentatives de perfusions sont notées :

  . 1 fois la perfusion seulement,

  . 9 fois elle est associée à une autre technique,

  . dans 3 cas, cette association est indiquée pour deux ruptures de membranes et après pose de laminaires.

- 1 tentative par le benzoate d'oestradiol.

Ce qui fait 33 tentatives au total

3 - Succès des déclenchements :

a) Radiosélectan

On note 8 succès nets et francs avec le radiosélectan

2 succès relatifs :

. puisqu'une femme a accouché 5 jours plus tard alors que la rétention était de plus d'un mois;

. la seconde a accouché au bout de 6 jours après une rétention de 2 mois.

Par contre, deux tentatives de radiosélectan n'aboutissent pas, ce qui donne un pourcentage de 10 réussites pour 15 tentatives.

b) Perfusions :

. une femme a reçu une perfusion seule avec succès.

. cinq femmes ont reçu deux perfusions associées à une autre technique.

AU TOTAL :

- 21 malades ont été déclenchées avec 17 succès par différentes techniques tentées 33 fois.

Si l'on supprime les deux malades qui ont eu une rupture de membranes et la malade à laquelle des laminaires ont été posés,

- 18 malades avec 15 succès.

21 malades	TYPE DE DECLENCHEMENT	Nb de TENTATIVES	SUCCES	POURCENTAGE DE SUCCES
R.SEL 15	11 R.Sél. seul	12 (1 malade a eu 2 injections)	8 francs (36 heures) 2 secondaires (le seul échec concerne les 2 injections)	10/15 66 %
	4 R.Sel. plus autre chose	14 (7 R.Sel.)	0 (2 succès dus à perfusion PH) (pas de succès à 2 injections	
Perf.P.H 9	1 perfus.seule	1	1	4/6 66 %
	5 associées (R.Sel. (Benzo.G. (Methergin (Inj. Amn. (Sér.phys.	19 (9 perfusions)	3 (tous à 2 perfusions)	
	3 associées (2 rupture Memb. (1 pose lam.	3	2	6/9 66 %
1	Benzo G. Methergin gouttes	1	1	
21 malades ou 18		33 ou 30	17 ou 15	15/18 83 % 17/21 88 %

C - Essai d'interprétation des résultats

Nous allons essayer d'interpréter les résultats en fonction de la parité, du terme de déclenchement et de la durée de rétention. Insistons sur le fait que le pourcentage de succès est identique en fonction de la parité, puisque nous avons 4 succès chez 5 primipares et 13 succès chez 16 multipares.

Nous avons fait :

- 18 déclenchements entre 6 et 8 mois, ce qui correspond à la plus grande fréquence des morts in utero (répétons ici l'intérêt du déclenchement loin du terme), avec 14 succès et 4 échecs.
  . Dans 11 cas la durée de rétention au moment du déclenchement était de moins de 15 jours et nous avons eu 8 succès pour 3 échecs.
  . Dans 9 cas cette durée était de plus d'un mois. Nous avons eu 8 succès et 1 échec (hystérectomie en bloc pour infection ovulaire).

L'étude des antécédents de nos patientes nous a donné peu de renseignements.

Nous trouvons parmi les femmes déclenchées avec succès pour rétention d'oeuf mort : 4 antécédents de déclenchements réussis sur enfants vivants.

Par contre un échec de déclenchement sur enfant vivant a été à nouveau un échec sur enfant macéré.

21 femmes déclenchées	PARITE		TERME DU DECLENCHEMENT			DUREE DE RETENTION AU MOMENT DU DECLENCHEMENT		
	5 primipares	16 multipares	6 à 8 mois	+ de 8 mois	Terme	2 - 15jours	15 j.-1 mois	+ 1 mois
17 SUCCES	4	13	14	2	1	8	1	8
4 ECHECS	1	3	4	0	0	3		1 (hystérecto-mie en bloc)

D - Echecs

Nous avons eu quatre échecs.

1- La première de ces patientes a reçu deux injections (40 centimètres cubes) de radiosélectan à 8 jours d'intervalle, l'existence d'une iso-immunisation conduit à une troisième césarienne avec ligature des trompes.

2- La seconde a reçu une injection de radiosélectan (40 centimètres cube) et de la péthidine 8 jours plus tard.
Elle a accouché le seizième jour.

3- La troisième a eu deux fois 40 centimètres cubes de radiosélectan à 8 jours d'intervalles; la deuxième injection est difficile, des signes d'infection ovulaire apparaissent. On tente le déclenchement par une perfusion de post-hypophyse associée à de la péthidine.
Devant l'échec, l'indication d'une hystérectomie en bloc est posée. A l'intervention, on trouve une infection amniotique et un placenta recouvrant total.

4- L'une de nos femmes avait rompu ses membranes. Une perfusion est posée pendant une heure; cette indication paraît d'autant plus surprenante qu'une césarienne est décidée en raison d'une cure antérieure d'imperforation anale.

Mais s'agit-il là d'un déclenchement ?

E - Incidents et Accidents

Nous avons vu au passage les incidents et les accidents dus au déclenchement.

Les risques infectieux sont redoutables, c'est l'infection ovulaire après injection de radiosélectan intra-amniotique. Insistons encore sur l'importance de l'asepsie au cours de cette technique.

D'autre part les troubles de la coagulation.

Nous avons eu 4 cas où le taux de fibrine était inférieur à 2 grammes et ayant cédé au traitement préventif par l'acide epsilon aminocaproïque et nous avons eu 2 cas d'afibrinogénémie modérée.

On sait à ce sujet qu'il faut théoriquement distinguer la défibrination chronique, proportionnelle au temps de rétention, et le défibrination aiguë survenant au moment de l'expulsion ou du déclenchement (si celui-ci a été trop tardif).

Il a été décrit, d'autre part, dans la littérature médicale un trouble de la coagulation, chez trois patientes déclenchées, par injection intra-amniotique de sérum salé hypertonique avec :

- chute des plaquettes,
- chute du taux de fibrinogène
- fibrinolyse.

(BELLER, ROSENBERG)

F - Essais de déclenchement du travail dans les morts in utero par le Pindolol (Visken)

Tout à fait à part, et avant de conclure, il nous faut dire un mot de tentatives récentes faites à l'aide d'une drogue qui, par ses effets β bloquant est supposée augmenter les contractions utérines, le Pindolol.

Nous avons 4 observations de femmes chez lesquelles le Pindolol a été utilisé dans cette indication:

Observation N° 1 - Madame ENC... 35 ans

IIe geste Ier pare, hypertendue, elle a reçu 3 comprimés pendant 2 jours, puis 2 comprimés le 3e jour et accouché ce jour là d'un enfant macéré pesant 1.800 grammes, au terme de 33 semaines.

Observation N° 2 - Madame VI.... 30 ans

IIe geste, IIe pare, a reçu 3 comprimés pendant 4 jours sans résultat. Cinq jours plus tard, elle reçoit 5 milligrammes de benzoate d'oestradiol en intramusculaire. Le lendemain, une perfusion avec 5 unités de Syntocinon est posée. Nouvel échec.

On administre alors 5 unités de post-hypophyse et le travail se déclenche. L'accouchement a lieu au terme de 5 mois et demi.

Observation N° 3 - Madame DES... 33 ans

6e geste, 4e pare, hypertendue. Elle a reçu 7 comprimés de Pindolol en 3 jours et a accouché le troisième jour, au terme de 35 semaines, d'un enfant mort-né macéré pesant 1.370 grammes. Elle a subi ensuite une ligature résection en raison de son hypertension artérielle.

Observation N° 4 - Madame DEV... 33 ans

6e geste, 6e pare. A expulsé un oeuf entier au terme de 7 mois et demi et après 3 jours de Pindolol (8 comprimés au total). Le foetus était macéré après une rétention de 2 mois et pesait 450 g.

L'indication du Pindolol avait été posée après échec du radio-sélectan d'une part (au terme de 6 mois) et de 2 perfusions d'ocytocique, 5 unités de Syntocinon puis 5 unités de post-hypophyse au terme de 6 mois et demi.

Mais l'apparition d'effets secondaires importants et graves tels :

- une bronchoconstriction,
- une bradycardie

survenus chez une autre de nos malades (et pour une autre indication) ont fait abandonner cette technique dans l'immédiat, car elle nécessiterait la présence en permanence d'anesthésistes qualifiés disposant d'une installation complète avec défibrillateur et électrocardioscope.

G - Protocole de déclenchement

Au total, nous pensons que l'injection intra-amniotique de radiosélectan, la perfusion de post-hypophyse ont fait la preuve de leur non agressivité et que l'on peut essayer de dégager une sorte de protocole de déclenchement.

Bien qu'il soit aujourd'hui aisé de faire un diagnostic rapide et précoce de mort in utero, il semble logique d'attendre 8 à 10 jours, période la plus propice à l'accouchement spontané, en utilisant au besoin les petits moyens :

. imprégnation oestrogénique,

. Méthylergométrine (en gouttes).

Au bout de 10 jours, injection intra-amniotique de radiosélectan. Huit jours plus tard, car nous avons vu des succès tardifs à la première injection, perfusion de post-hypophyse répétée à 48 heures d'intervalle, une ou deux fois.

Cette attitude, en dehors du nombre important de succès qu'elle entraînera, permettra aussi, en raison de l'hospitalisation, une détection plus précoce des troubles de la coagulation et leur prévention.

Cette attitude active représente, même en cas d'échec, un élément psychologique important pour la femme à qui l'on donne le sentiment de tenter quelque chose.

VII - C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié, à partir de 127 dossiers, les indications, les techniques et les résultats des différentes méthodes de déclenchement dans les rétentions de foetus morts in utero.

Ces 127 cas représentent un pourcentage de 0,87 pour cent par rapport au nombre total d'accouchements.
Elles sont deux fois plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares.

Parmi les causes connues, les plus fréquentes sont les causes maternelles (38 cas), les iso-immunisations Rh (34 cas). Les causes ovulaires (8 cas) et foetales (8 cas) sont plus rares.
Dans 33 cas, la cause est restée inconnue.

La durée de rétention a été le plus souvent inférieure à 15 jours (83 cas) et a dépassé 30 jours dans 11 cas.

Dans 76 pour cent des cas, l'expulsion est spontanée et précoce.

Nous avons pratiqué 21 déclenchements :

- 11 fois par le radiosélectan, intra-amniotique
- 1 fois par perfusion d'ocytocique seul
- 1 fois par benzoate d'oestradiol et méthylergométrine,
- enfin 8 fois par différentes associations de ces méthodes.

Les résultats ont donné 88 pour cent de succès quelle que soit la méthode appliquée.

Quatre échecs ont été obtenus.

Les accidents à redouter sont l'infection (1 cas) et le défibrination (2 cas moyens).

Nous avons essayé dans 4 cas le Pindolol (Visken) qui agit comme une drogue β bloquante; malgré l'efficacité, nous l'avons abandonnée en raison des effets secondaires.

Au total, le déclenchement dans les rétentions foetales par les moyens médicamenteux, semble justifié, certes à cause du risque d'hypofibrinémie sans nul doute moins théorique qu'il n'apparaît dans nos observations, mais surtout en raison de la redoutable agression psychologique que représente cette situation pour la femme et son entourage.

BIBLIOGRAPHIE

ATTAR S., ROSENSTEIN P.F., RIMER B.A.
Fibrinolysis in the dead fetus syndrome
Obst. and Gynec. 1967, 29, 662-666

BARBIER J.
La mort du foetus in utero
Revue de Prat. 1965, XV, 3525-3532

BECK R.P., HILL J.R.
Another mechanisme of producing hypofibrinogenemia with the dead fetus syndrome
Amer. J. Obst. Gynéc. 1971, 110-123

BENGTSSON L.P.
Mined abortion. The Aectioloty endocrinology and treatment
Lancet 1962, 1, 339-343

BONHOMME J.
La mort du foetus in utero
Feuillets du Praticien 1963, 227, 223

BRAKMAN P., KING A.E.
The fibrinolytic system in blood after retention of a dead fetus and during normal labour.
Am. J. Obst. Gynec. 1965, 92, 221-226

CHAURONNOT A.
Un cas de déclenchement artificiel du travail par la technique d'Aburel pour rétention du foetus mort in utero
Bull. Fed. Soc. Gynec. Obst.

COHEN A.
Mort du foetus in utero
Gazette des Hôpitaux 1967, 139, 1433

COOPLAND A.T.
Coagulation defect and heparin
Obst. et Gynéc. 1970, 36957

CORBETT H.V.
The management of intra uterine death of the fetus
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1958, 65, 100-105

DRAPS H., VAND DEN DRIESSCHE
Rétention du foetus mort in utero
Bruxelles Médical 1950, 30, 794-802

GALLUP D.G., LUCAS W.E.
Heparin treatment of consomption coagulapathey
associated with intrauterine fetal death
Obst. Gynec. 1970, 35, 690

COURTNEY L.D., BOXAL R.R., CHILD.
Permeability of membranes of dead fetus
Brit. Med. J. 1971, 492

GUILHEN P., PONTONNIER A., GRYNFOGAL M., MERLE BERAL A.
A propos de la conduite à tenir dans la rétention d'oeuf mort (50 cas)
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1962, 14, 215

GOCHBERG S.M., REID D.E.
Early induction of labour in intrauterine death
New England, J.Med. 1966, 275

HOUEL E., MESNARD F.
Que faire en cas de "rétention d'oeuf mort" dans le dernier
trimestre de la gestation
Semaine Médicale 1959, 35, 1045-1047

JENNISSON R.F., WALKER A.H.C.
Fetal death in utero with hypofibrinogenaemia managed
conservatively
Lancet 1956, 2, 607-609

JIMENEZ J.M., PRITCHARD J.A.
Pathogenesis and treatment of coagulation defects
resulting from fetal death
Obst. and Gynec. 1968, 32, 449-459

JULIEN Cl., DELLENBACH P., MULLER P.
L'amniographie. Intérêt thérapeutique dans les rétentions d'oeuf mort in utero
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1970, 22, 130-132

KALKSHMID W.
Webenken mit Follikul hormon bei verhaetan der intrauterin abgestorbenen Frucht
Wiener Med. Wochenschrift 1960, 110, 546.

KAUFMAN M.S., WALTERS D.
Mined Labour with autopsy after eight years
Amr. J. Obst. Gynec. 1959, 77, 128-129

LECONTE des FLORIS H.
L'hystérographie lipiodolée évacuatrice dans les morts foetales in utero
J. Méd. de Lyon 1960, 41, 429-434

LERNER R., MARGOLIN M., SLATE W.B., ROSENFELD H.
Heparin in the treatment of hypofibrinogenaemia complicating fetal death in utero
Amer. J. Obst. Gynec. 1967, 97, 373

MAHON R., DUBECQ J.P., LENG J.J., BASTIDE A., PALMADE J.
Hypofibrinogénémie et thrombose veineuse au cours d'une rétention d'oeuf mort.
Effet de l'Hépaminothérapie
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1968, 20, 444-446

MARMEY J.
Provocation du travail par injection intraamniotique de sérum physiologique pour rétention de foetus morts in utero
Maroc Médical 1949, 28, 721

MOGHAREI M., DALSACE J.
Rétention de foetus mort.
Expulsion provoquée à la suite d'une H.S.G.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1953, 5, 23

PIGEAUD H., FAVRE-GILLY J., KAFAR SOUSSI A.
Fibrinolyse consécutive à la rétention de foetus mort
in utero chez des femmes présentant une iso-immunisation anti Rh
Gynécologie 1967, 164, 1-12

PUDER H.
Nil nocere. Die Gefahren der acktiven Gehutohiffe
Vein Intrauterinen Fruchttod
Münch. Med. Woch. 1962, 43, 2042-2044

RAVINA J.H., SANTARELLI J.
Intérêt diagnostique et thérapeutique de l'amniométrie
dans la mort in utero.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1966, 18, 377-380

RIVIERE M., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P., LESBATS G., MALEVIALE G.
Fibrinolyse pour rétention d'oeuf mort. Evacuation utérine
sans inhibiteur de Kunitz.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1963, 15, 621

ROSHDY M.E.S.
Retention of an 8 month fetus in intero for two and a half years
J. Obst. Gync. Brit. Emp. 1963, 70, 514-516

SCHIAVO C.D.
Conduita ante ef feto muerto y retenido
La Semane Medica 1959, 114, 184

SHELTON J.G.
The use of intravenous drip infusion of ocytocin
in the management of fetal death in utero in private practice.
The Med. J. Australia 1960, 2, 406-408

SKJODT P.
Intra uterin fetal death with hypofibrinogenemia
Coagulation studies in a case treated with heparin
Act. Obst. Gyn. S: 1967, 46-55

STROMME W.B., HAYWA E.W.
Intrauterine fetal death in the second trimester
Amer. J. Obst. Gyn. 1965, 85, 223-233

TOULOUSE R., DUBOIS J.
Déclenchement du travail pour rétention d'oeuf mort par injection intravasculaire de sérum physiologique
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1952, 4, 64-65

WAJNTRAUB G.
Management of mined abortion by higly concentrated intravenous ocytocin

WEINER A.E, REID D.E, ROBY C.C, DIAMOND L.K
Coagulation defects with intrauterine death from Rh isosentization
Amer; J. OBst. Gyn. 1960, 60, 1015

WHEATLEY R.E
Prolonged retention of a dead fetus, a case report
Amér. J. Obst. Gynéc. 1958, 75, 1280-1284

WILLOUGHBY MLN
Obstetric Hypofibrinogenemia
J. Obst. Gyné. Brit. Cwlth. 1966, 73, 940-963

TABLES DES MATIERES

		Pages
I -	INTRODUCTION	3
II -	RAPPEL CLINIQUE	4
III -	MATERIEL	12
IV -	CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES MORTS IN UTERO	13
	A - Pourcentage par rapport aux accouchements..	13
	B - Morts in utéro et parité	15
	C - Etiologie des morts in utéro	16
V -	ACCOUCHEMENTS SPONTANES DANS LES MORTS IN UTERO	19
	A - Terme et durée de rétention	19
	B - Mode d'accouchement et complications.....	22
VI -	DECLENCHEMENT DU TRAVAIL DANS LES MORTS IN UTERO	26
	A - Moyens de déclenchement	27
	B - Résultats	30
	C - Essais d'interprétation des résultats.....	35
	D - Echecs	37
	E - Incidents et accidents	38
	F - Essais du Pindolol (Visken).....	40
	G - Protocole de déclenchement	43
VII -	CONCLUSIONS	45
-	BIBLIOGRAPHIE	47